

THÈSE

285

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis DELAVELLE

Assistant-Adjoint au Dispensaire Léon-Bourgeois

Né le 15 Octobre 1902 à Charquemont (Doubs)

Travail de la Clinique de la Tuberculose

**Sur un cas de Cylindrome
de l'Épiglotte**

Président de Thèse : M. Léon BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis DELAVELLE

Assistant-Adjoint au Dispensaire Léon-Bourgeois

Né le 15 Octobre 1902 à Charquemont (Doubs)

Travail de la Clinique de la Tuberculose
Sur un cas de Cylindrome
de l'Épiglotte

Président de Thèse : M. Léon BERNARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGRÈZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	de GAUDART d'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	GUY-LAROCHE.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUTE MA FAMILLE :

AUX MORTS

ET

AUX VIVANTS

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Sa grande et invariable bonté,
ses enseignements dont l'idéal
n'est que la figure embellie
des jours humains, ont fait de
nous un très respectueux et
très reconnaissant élève.*

A mon premier Maître dans les hôpitaux

Monsieur le docteur GEORGES PETITJEAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE

DE MÉDECINE DE DIJON

*A qui je dois beaucoup de ma
santé et de mon humble sa-
voir, en hommage de ma re-
connaissance et de mon affec-
tion.*

A Monsieur le Docteur G. POIX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de ma très respec-
tueuse reconnaissance et de
mon entier dévouement.*

A Monsieur le Docteur HEUYER

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

*Témoignage de ma gratitude
fidèle.*

A TOUS MES AUTRES MAITRES

dans les hôpitaux de Paris et de Dijon

INTRODUCTION

Ce modeste travail nous a été suggéré par l'observation d'une malade que nous avons vue à la consultation de notre maître, M. le Professeur Léon Bernard, au dispensaire Léon Bourgeois.

La rareté, la difficulté du diagnostic, les caractères évolutifs spéciaux du cylindrome de l'épiglotte et les métastases pulmonaires, vraisemblablement de même nature que la tumeur primitive, nous ont paru dignes de retenir l'attention.

Les documents nécessaires à l'élaboration de cette thèse ont été puisés dans la bibliothèque de l'Institut du Cancer, mis à notre disposition par M. le Professeur Roussy, à qui nous offrons tous nos remerciements. Mademoiselle Gauthier-Villars, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique de la tuberculose, a guidé avec une bienveillance dont nous lui sommes reconnaissant, nos recherches histologiques.

Ce travail comprendra :

1° L'observation de notre malade qui est suivie depuis trois ans passés tant au dispensaire Léon Bourgeois qu'au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec.

2° Une vue d'ensemble sur le cancer de l'épiglotte.

3° Une étude histologique et clinique au cours de laquelle nous ferons ressortir de notre mieux les différences profondes qui existent entre l'épithéliome banal et le cylindrome laryngé.

4° Nous montrerons à propos du diagnostic, les difficultés fréquentes que présente l'identification clinique de cette variété de néoplasme et la nécessité dans laquelle on se trouve de pratiquer un examen histologique.

5° Suivra un bref historique du cylindrome complété par l'exposé des pathogénies régnantes.

6° Le traitement sera le résumé des recherches et tentatives thérapeutiques faites dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec par Messieurs Bourgeois et Soulas.

Que M. le Professeur Léon Bernard qui a bien voulu nous conseiller, nous guider, en nous donnant maintes fois l'appui de sa haute autorité, trouve au seuil de cette thèse, avec nos remerciements, l'assurance de sentiments profonds où se mêlent la reconnaissance, l'affection et le respect.

OBSERVATION

Mme L. B., 31 ans, employée dans un bureau de Paris, est envoyée à la consultation de M. le professeur Léon Bernard, au dispensaire Léon Bourgeois, par le Dr Mille, le 5 décembre 1927, parce qu'elle se plaint depuis longtemps déjà, de toux, d'expectoration et surtout d'enrouement accompagné d'un peu de gêne de la déglutition.

La malade est enceinte de sept mois. Elle supporte bien sa grossesse. Elle sent depuis deux mois déjà les mouvements de son enfant.

A l'exception d'une pneumopathie infantile et d'une fausse couche il y a deux ans, la santé de Mme B... fut toujours satisfaisante; elle n'a jamais craché de sang; elle ne souffre ni de fièvre, ni de dyspnée, ni d'amaigrissement, ni de manque d'appétit, ni de sueurs nocturnes. Son haleine n'est pas fétide. L'aspect du thorax est du reste normal; les vibrations thoraciques, la sonorité pulmonaire aussi. L'oreille n'entend qu'une respiration un peu rude dans la fosse sus-épineuse gauche.

Pourtant devant les rayons X, on voit à droite, en plein champ pulmonaire, sur une transparence des

poumons normale, une tache immobile parfaitement ronde, d'aspect homogène, de la dimension d'une pièce de cinq francs, nettement séparée d'une autre tache dont les caractères apparents sont les mêmes.

A gauche le volume du hile est augmenté; son opacité marquée; entre le hile et la paroi thoracique, existe aussi une tache en tout semblable à celles du côté opposé.

Un examen somatologique plus poussé ne permet de trouver de ganglion ni le long de la chaîne carotidienne, ni dans la région sus-claviculaire, ni dans le creux axillaire droit ou gauche.

La cause des troubles laryngés pouvant peut-être apporter un éclaircissement nouveau et décisif pour le diagnostic que cette image radioscopique si spéciale suggère, la malade est conduite dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Avec le laryngoscope, le D^r Soulas aperçoit à la base de la langue une tumeur située sur le bord et la face pharyngée de l'épiglotte, assez bien arrondie, du volume d'une petite noix, de couleur rouge vif, lisse et non ulcérée. De cette tumeur, on retire par ponction deux à trois gouttes d'un liquide transparent comme l'eau, dont l'analyse n'apporte aucun renseignement intéressant.

Une biopsie est alors envoyée au professeur agrégé Leroux. « Petit nodule fibreux, dit-il, dans l'épaisseur duquel on trouve des traînées épithéliomateuses atypiques dont il est impossible de préciser l'origine exacte. »

Entre temps, un film du thorax avait été pris qui confirmait la radioscopie, et l'examen des crachats n'avait pas montré de bacilles de Koch.

Parce que la malade était enceinte, aucun traitement spécial ne fut prescrit. Il fut seulement décidé que l'accouchement se ferait à la clinique Baudeloque où il serait possible de surveiller de plus près la malade.

En janvier 1928, elle mit au monde dans le service du professeur Couvelaire, un enfant vivant et bien constitué, du poids de 3 kgs 650, dont elle ne fut point séparée mais qu'elle ne put allaiter. Comme l'accouchement, les suites de couches furent normales. Mme B... rentra dans sa famille.

Trois mois plus tard, en mars, elle revient au dispensaire. Sa santé selon ses dires était bonne. Le poids avait augmenté de 1 kg. 500 en 15 jours. La toux et l'expectoration n'existaient plus. La voix semblait même moins voilée.

Le 28 avril, l'augmentation de poids continuait. Une radiographie ne montrait aucune nouvelle tache pulmonaire, et le Dr Soulas pouvait noter que le néoplasme semblait s'être affaïssé légèrement, étalé dans le sens antéro-postérieur, sans avoir toutefois diminué de volume, et sans avoir subi aucune ulcération ni bourgeonnement.

En mai puis en novembre de cette année 1928, l'état général demeurait satisfaisant. L'aspect radioscopique ne changeait pas.

Mais en janvier 1929, un spécialiste fut mandé au

domicile de la malade. Le thermomètre montait à 39° le soir. L'état général était mauvais depuis quelques jours. Avec une dyspnée croissante, la déglutition de plus en plus difficile, il existait une expectoration putride et sanguinolente. L'examen du larynx laissait voir, faisant corps avec la tumeur épiglottique, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'où coulait un mince filet de pus et de sang. Cet abcès glosso-épiglottique n'eut d'ailleurs pas de suites fâcheuses, car quelques mois plus tard, Mme B... se sentait assez forte pour recommencer son travail d'employée de bureau.

Trois mois plus tard, elle continuait à travailler. Elle toussait pourtant un peu, crachait, et dans la conversation souffrait facilement d'enrouement et de dyspnée. De plus, des douleurs brusques, vives, comparables à des coups d'épingles irradiaient de la gorge vers l'hypocondre droit. Un nouvel examen des crachats fut fait. Les bacilles de Koch étaient absents. Un nouveau film, sur lequel on voyait : à droite trois taches rondes au lieu de deux qui existaient en 1927; et deux à gauche au lieu d'une seule. Le diamètre de ces taches était plus grand d'un centimètre environ que celui des taches des films précédents.

Quant à la tumeur épiglottique, si son volume restait le même, sa surface rouge était devenue irrégulière et mamelonnée. Une deuxième biopsie comprenant plus de tissu que la précédente put être faite. Voici ce qu'écrivit Mademoiselle Gauthier-Villars après examen des coupes colorées :

« Les fragments prélevés appartiennent à la surface postérieure de l'épiglotte dont l'épithélium de surface, de type malpighien, ne présente aucune altération d'ordre tumoral.

Au-dessous de cet épithélium, qui, comme nous le verrons est exulcéré en un point, se trouve un nodule tumoral bien limité, séparé du tissu sous-muqueux voisin par une capsule conjonctive continue. On y remarque l'alternance de zones où les cellules tumorales sont placées au contact les une des autres sans systématisation nette, et de zones creusées de cavités arrondies, autour desquelles les cellules sont régulièrement disposées.

Dans les zones dépourvues de cavités, les cellules tumorales sont de petite taille; leur forme, l'aspect de leur noyau, leurs affinités tinctoriales permettent de les rapprocher des cellules de la couche basale de l'épithélium voisin; les monstruosité cellulaires et les mitoses y sont en très petit nombre.

Autour des cavités décrites, les caractères des cellules sont les mêmes; mais au lieu de se disposer en amas pleins elles sont séparées par de très nombreux espaces arrondis, placés au contact les uns des autres en certains points et réalisant l'aspect typique du cylindrome.

Sur les coupes colorées par l'hématéine éosine, on ne voit dans ces cavités qu'une substance réticulaire dépourvue de noyaux, légèrement teintée par l'éosine. Sur les coupes traitées par le mucicarmine de Mayer,

cette substance prend nettement la coloration du mucus.

Au point où le nodule tumoral est voisin de l'épithélium de surface, celui-ci est ulcéré, et on note la présence d'une zone où les cellules inflammatoires abondent. De plus, très près de la surface se trouve un vaisseau assez volumineux, dont la paroi endothéliale est bien conservée, et dont la cavité contient des cellules tumorales groupées en amas, au centre desquelles se retrouve le même groupement des cellules autour de zones réticulaires amorphes. Il s'agit là sans nul doute de l'essaimage de cellules tumorales dans un vaisseau, qui est probablement une veine, comme en témoignent le peu d'épaisseur de ses parois et la présence de quelques globules rouges.

En résumé, il s'agit d'une tumeur ayant en certains points les caractères de l'épithélioma baso-cellulaire, en d'autres l'aspect typique du cylindrome, tumeur bien limitée, de malignité histologique réduite, s'accompagnant cependant d'envahissement vasculaire en un point. »

Le diagnostic de la nature histologique de cette tumeur épiglottique devenait donc précis, tandis que celui des ombres radiologiques pulmonaires demeurait incertain.

Le 3 juillet 1930, c'est-à-dire trois ans après la première consultation au dispensaire, nous avons revu notre malade. Elle nous a dit qu'elle avait dû cesser tout travail, parce que des maux de gorge violents compliqués d'une aphonie presque complète et d'une

fièvre élevée l'avaient obligée à garder le repos absolu à la maison. Pâle, amaigrie de deux kilos environ, elle toussait et crachait. Les ombres pulmonaires n'avaient changé ni en nombre, ni en volume; l'aspect macroscopique de la tumeur laryngée restait le même.

Enfin en janvier 1931, l'état général était redevenu assez bon. La pâleur avait disparu. Le poids demeurait stationnaire. Pas d'adénopathie. Pas de fièvre. Pas de douleurs d'oreille. La malade se plaignait seulement de douleurs sourdes, intermittentes, sans rapport avec l'horaire des repas, de l'hypocondre droit. La palpation pas plus que la percussion ne révélèrent de modification appréciable du foie. Le subicte était absent; les urines normales; l'aspect radioscopique, le même qu'aux examens précédents. Le laryngoscope n'apportait aucune constatation nouvelle.

A l'heure où nous écrivons ces lignes, nous savons que cette femme vit toujours. Une visiteuse sociale que M. Léon Bernard nous a permis d'envoyer ne l'a point trouvée à son domicile parce que, matin et soir, elle est à son travail.

Tel est en résumé l'histoire de ce cylindrome de l'épiglotte que nous avons pu voir et suivre au dispensaire Léon Bourgeois, où la malade consulte depuis bientôt quatre ans.

DU CANCER DE L'ÉPIGLOTTE

Quels sont le plus souvent les signes cliniques et la nature histologique des tumeurs de l'épiglotte?

Il faut faire une distinction capitale au point de vue de l'évolution et du traitement des cancers laryngés, entre le cancer intrinsèque qui prend les cordes vocales, les bandes ventriculaires, le ventricule de Morgagni ou la région sous-glottique, et le cancer extrinsèque encore appelé orificiel ou marginal, deux ou trois fois moins fréquent que le précédent, et qui se développe au dépens de l'épiglotte et du versant laryngé des replis aryténo-épiglottiques. Tandis que le cancer intrinsèque ou cavitaire se développe lentement en hauteur et en largeur, accompagné de troubles vocaux précoces, restant très longtemps localisé au côté du larynx où il a pris naissance, le cancer extrinsèque s'étend rapidement, dans tous les sens, sans règle qui nous fixe sur la direction de sa marche, accompagnée de troubles de la déglutition, de douleurs de plus en plus vives, et d'une réaction ganglionnaire intense et précoce. La plus grande richesse du réseau lymphatique et l'absence de barrière cartilagineuse sont les causes qui vraisemblablement favorisent l'extension

du néoplasme extrinsèque et sa propagation aux organes voisins : base de la langue, pharynx, œsophage, amygdales. Cet envahissement n'a d'autres limites que la tolérance de l'organisme, et on peut rencontrer des métastases au sein des organes les plus éloignés.

Le cancer de l'épiglotte est le plus souvent primitif, le cancer secondaire du larynx formant une exception et résultant, si ce n'est qu'une propagation envahissante ou de l'inoculation de la muqueuse en surface, d'une métastase par voie sanguine ou lymphatique venant du tube digestif (œsophage) et plus rarement des lèvres ou de l'estomac.

En pratique, malgré la différence que crée l'épithélium de revêtement, le cancer de l'épiglotte est un épithélioma pavimenteux du type baso ou spino cellulaire, le sarcome ne se rencontrant que d'une manière tout à fait rare. Les statistiques de Hugo Bergeat, Masséi, Molinié nous apprennent que sur 117 cas par exemple (Hugo Bergeat) de sarcomes du larynx et de la trachée, le plus grand nombre, soit 85 cas, appartient à l'organe vocal.

A sa première période, le cancer de l'épiglotte se développe sans donner l'éveil, sans aucun rententissement sur les fonctions vocales ou digestives. Il n'est en lui-même pas douloureux et tant qu'il ne trouble pas de fonction et ne lèse pas d'organe sensible, il peut passer complètement inaperçu; aussi les symptômes que l'on observe à cette période sont-ils assez insignifiants. C'est parfois (Schwartz) une toux précoce, sèche, quinteuse, d'autres fois l'existence d'un râ-

clement de la gorge suivi de sensations mal définies; mais de signe caractéristique, point.

Plus tard la symptomatologie se complète par l'apparition de la dysphagie, de l'adénopathie et parfois de la douleur. La douleur unilatérale s'accompagne fréquemment d'irradiations dans l'oreille correspondante, qui ne sont certes point caractéristiques du cancer puisqu'on les observe aussi dans la tuberculose, mais qui sont singulièrement significatives dans une affection ne s'accompagnant pas d'enrouement.

La dysphagie, selon les auteurs, peut tenir à une infiltration cancéreuse de tout l'épiglotte et de la région ary-épiglottique. Dans l'un et l'autre cas, pour Collet, son mécanisme est le même que dans la tuberculose : (friction des tissus et mouvement d'ascension du larynx pendant la déglutition). Elle peut s'accompagner aussi d'irradiations auriculaires, et son degré est parfois tel qu'on l'a vue entraîner le reflux nasal des liquides. La salivation est une autre conséquence de la dysphagie. La voix n'est cependant pas enrouée, mais souvent étouffée, lointaine (voix de cave). La toux persiste spontanée ou provoquée par les difficultés de la déglutition.

L'adénopathie est précoce. Il existe même des exemples dans lesquels les ganglions se sont montrés engorgés avant que soient apparus d'autres symptômes caractéristiques de la tumeur maligne. Les ganglions durs, peu mobiles, d'abord isolés, se fusionnent ultérieurement en une masse dure, bosselée qui peut s'infecter et se ramollir. Ce développement gan-

glionnaire peut revêtir l'aspect connu sous le nom de « cou proconsulaire ». Des recherches de Most reprises et complétées par Cunéo, il ressort que les lymphatiques de l'épiglotte naissent d'un réseau occupant toute la surface interne de l'organe. Ils vont aboutir comme tous ceux de la région sus-glottique, à des troncs qui perforent la membrane thyroïdiennè, et vont dans les ganglions les plus élevés de la chaîne jugulaire interne. Mais il existe en outre, d'autres ganglions placés sur le trajet des collecteurs sus-glottiques. On conçoit d'après la disposition de ce système, qu'à l'instar des cancers extrinsèques, celui de l'épiglotte soit particulièrement exposé à l'adénopathie ganglionnaire, en raison même de la richesse de son réseau lymphatique.

Examen laryngoscopique. — Les lésions de l'épiglotte sont généralement plus visibles que celles qui siègent sur l'aryténoïde ; elles se traduisent par des boursofflements, des gonflements, parfois par des « boudins monoliformes ». Tantôt une des moitiés de l'épiglotte immobile est seule atteinte, et l'autre moitié conserve la régularité de sa forme ; elle est d'autres fois prise en totalité et ressemble à une collerette assez large à bords irréguliers ou ondulés. Si le néoplasme siège sur la face supérieure de l'épiglotte, il a pour effet de coucher cet opercule et de le rabattre sur la cavité laryngée.

Rapidement d'ailleurs le cancer s'ulcère. Cette ulcération est grisâtre, au milieu de masses bourgeonnantes

tes variables à l'infini et d'aspect gris-verdâtre avec des parties mortifiées de couleur noire. A cette période, l'haleine est fétide, les symptômes fonctionnels intenses.

L'asphyxie finit par nécessiter la trachéotomie. Mais bien avant cette période ultime, l'amaigrissement, l'adynamie, l'anorexie, l'insuffisance hépatique traduisent l'atteinte profonde et sans espoir de l'organisme, la mort survenant de un à deux ans après le début apparent de l'affection.

Tels sont brièvement exposés les signes cliniques de l'épithélioma de l'épiglotte.



DU CYLINDROME DE L'ÉPIGLOTTE

Si l'orbite et ses annexes, glandes lacrymales, paupière supérieure et inférieure, le cuir chevelu et la région céphalique en général, tiennent sans conteste la première place dans les localisations du cylindrome, il n'en va pas de même pour l'épiglotte ou le larynx. La littérature médicale ne contient qu'un exemple de ce genre de tumeur développé sur l'épiglotte, et publié par Brœckaert en 1912, sous le nom de « Cylindrome hyalogène », dont voici le récit traduit de l'allemand :

« Homme de cinquante ans. Fièvre. Dyspnée. Dysphagie. Grande tumeur bosselée, friable de l'épiglotte, du pli arythénoïdien droit, s'étendant jusqu'à l'entrée du larynx. Un ganglion lymphatique dur, roulant sous le doigt à la face droite du cou. Au curetage explorateur, on détache une petite partie de la tumeur dont on peut, en deux ou trois fois, enlever toute la masse nécrosée. La guérison paraît survenir peut-être sous l'influence d'un érysipèle. Quelques mois plus tard, récurrence au-dessus de la corde vocale gauche, à la base de la langue, à l'extrémité supérieure du larynx.

Une biopsie permet alors seulement de porter le diagnostic exact.

A l'examen microscopique : quelques images carcinomateuses atypiques, quelques images d'adénome, partout des masses hyalines. En somme aspect cylindromateux ».

Il est intéressant de noter, malgré les points contradictoires que renferment l'observation de Brœckaert et la nôtre, l'extrême rareté, le caractère exceptionnel du cylindrome de l'épiglotte et du larynx. Après un début insidieux, indolore qui emprunte à l'épithélioma banal une partie de ses signes cliniques, et seulement lorsqu'il vient interrompre le jeu normal de l'organe et de ceux qui l'entourent, il se manifeste par de la toux, du râclément de la gorge suivi d'expectoration et de la dysphagie.

Mais l'évolution vers une aggravation de ces signes fonctionnels revêt un caractère extrêmement lent, s'accompagnant d'une conservation du bon état général qui a permis pendant de longs mois et permet encore à notre malade de travailler. Si bien que quand l'épithélioma tue en un ou deux ans, le cylindrome de l'épiglotte malgré sa localisation dangereuse, met des années pour venir à bout du patient chez lequel il s'est implanté.

Après la lente évolution, l'absence d'adénopathie n'est pas moins remarquable quand on connaît la constance de ce signe au cours du cancer extrinsèque, constance qu'explique du reste la richesse du réseau lymphatique au niveau de l'épiglotte, et de toute la

région que Cunéo a convenu d'appeler le territoire laryngé-supérieur.

Il est vrai que tous les auteurs ont écrit que le cylindrome se propageait peu par voies lymphatiques, car les ganglions étaient rarement atteints :

« Il ne s'accompagne pas de propagation ganglionnaire », écrivait encore A. Hautant, en décembre 1925 à propos de deux cas de cylindrome des fosses nasales et du voile du palais, « il refoule simplement les tissus voisins, peau ou muqueuse, sans les infiltrer, et ses dangers tiennent seulement à son volumineux accroissement et à sa localisation ».

Après l'absence de l'adénopathie, l'absence des métastases n'est pas moins curieuse. Les images radiologiques des poumons de notre malade ne seraient-elles que la traduction d'une exception qui confirme la règle? Nous nous proposons de nous arrêter **plus** loin à ce point spécial.

Quant au diagnostic, si la lente évolution, l'absence d'adénopathie, de métastases, la conservation du bon état général, contrastant avec la rapidité et la gravité de l'épithélioma extrinsèque, peuvent faire émettre l'hypothèse de cylindrome, nous croyons que seule la biopsie suivie d'examen des coupes colorées permet une conclusion affirmative.

Qu'avait vu en effet le Dr Soulas chez notre malade? A la base de la langue, une masse épiglottique assez bien arrondie du volume d'une petite noix et de couleur rouge vif, tranchant sur la teinte des tissus voisins. Ne trouvant pas les signes habituels de la

tuberculose laryngée ou de la syphilis, il avait naturellement pensé à un épithélioma ou à un sarcome, et il fallut la réponse du laboratoire pour qu'il connut la nature histologique exacte de la tumeur que nous observions avec lui.

Cette réponse était fondée sur la présence au sein de masses épithéliomateuses de cavités de formes variables remplies d'une substance amorphe, colloïde, possédant les affinités tinctoriales métachromatiques.

Nous nous croyons donc autorisé à dire que ce qui caractérise le cylindrome de l'épiglotte et du larynx en général, ce sont : la lenteur d'évolution, l'absence d'adénopathie et de métastases, et surtout l'aspect spécial, et pour tout dire cylindromateux du fragment de la tumeur examiné au microscope.

LES IMAGES RADIOLOGIQUES

Le diagnostic de tumeur, de cylindrome de l'épiglote pour mieux dire, étant certain, nous allons nous efforcer de faire le diagnostic des images radiologiques.

Que sont ces taches multiples, immobiles, de couleur homogène, bien isolées les unes des autres, et si parfaitement rondes au-dessus d'un diaphragme aux courbes harmonieuses?

Ainsi que l'a écrit Huguenin, le radiologue le plus averti ne peut évidemment pas poser le diagnostic de cancer du poumon sur le vu d'un cliché radiographique. Il va sans doute parmi d'autres hypothèses songer au néoplasme parfois même, un amas d'impondérables qui ne se raisonnent pas, l'y poussent davantage. Mais aucun argument précis ne peut emporter le diagnostic et aucune image n'a de spécificité absolue. Pourtant si l'étape radiologique n'apporte, la plupart du temps, qu'un argument sans grande valeur en soi, cet argument prend une importance considérable, lorsqu'on rapproche l'image et les documents cliniques, et surtout quand dans l'organisme où s'est formée cette image, dont l'aspect rappelle les

images semblables qu'on a vues de cancer secondaire, il existe une néoplasie dont le diagnostic ne fait point de doute.

Si l'on accepte le diagnostic de tuberculose pulmonaire que sur les preuves positives que donne la co-existence d'une image radiologique, et d'expectoration démontrées bacillifères, la régulière intensité des taches, leur très grande opacité, leurs contours tranchés, et l'absence constante de bacilles de Koch dans les crachats, nous permettent de repousser cette hypothèse. Il est douteux aussi que plusieurs images cavitaires ne se manifestent par aucun signe clinique ni bactériologique durant presque quatre années. L'intégrité totale des champs pulmonaires, l'absence de travées, de tractus, de taches ou de marbrures ne manifestent pas non plus pour une bacillose pulmonaire.

Mais des ombres radiologiques parfaitement rondes comme tracées au compas, situées en plein parenchyme pulmonaire, que ne trouble aucune lésion contingente apparente, forcent à penser au kyste hydatique, quoiqu'il soit rare que ce dernier soit multiple.

La douleur à type intercostal et l'hémoptysie sont souvent les premiers signes de l'hydatide et manquent rarement. Bressot les a rencontrées dans une proportion de dix fois sur onze. Quant à l'image radiologique, elle est le plus souvent celle d'une masse unique, nettement circonscrite, ou plus exceptionnellement de masses multiples, ou encore d'une ombre large dans laquelle se dessine une ombre plus opaque et nette-

ment arrondie qui peut répondre à une tumeur comme à un kyste entouré par une zone d'hépatisation.

L'absence de réactions sérologiques — réaction de fixation de Weingberg, ou au contraire la présence de signes de suppuration ne facilitent en rien le problème. L'éosinophilie est sans valeur. L'intra-dermo-réaction a même conduit une fois à une erreur. C'est donc avant tout, la coexistence d'une autre tumeur siégeant dans une autre partie du corps, qui permet de faire le diagnostic différentiel de cancer secondaire ou de kyste hydatique, devant des ombres telles que celles qui occupent les champs pulmonaires de notre malade.

Nous ajouterons encore que l'évolution est un argument en faveur du cancer. Le plus souvent pour ne pas dire toujours, l'hydatide a tendance à augmenter de volume et, sous l'influence des variations de pression de l'air respiratoire ou des traumatismes, elle se rompt soit dans les bronches, soit dans la cavité pleurale; tandis que le cancer peut être très longtemps supporté, aussi longtemps que l'augmentation de son volume n'est pas la cause d'une compression ou d'une entrave excessive et intolérable à l'hématose. Les cas sont nombreux que nous pourrions rapporter, de cancers nodulaires que l'autopsie démontra secondaires à une « tumeur majeure » du sein, du corps thyroïde, ou du fémur, et où la néoplasie pulmonaire fut tolérée sans aucun trouble fonctionnel pendant des périodes de dix-sept à dix-huit ans.

L'abcès du poumon n'a de spécial à lui ni la pneu-

mopathie antérieure ni les signes d'infection. Bien qu'Ameuille ait observé une fois dans le cancer, cette image de cavité pleine de liquide au sein d'une masse opaque, la recherche attentive des signes de suppuration pulmonaire, la bronchoscopie, au besoin suivie d'aspiration des liquide purulents, nous eussent permis d'éliminer cette affection, si le doute nous fut venu de son existence.

Nous dirons du cancer primitif du poumon des choses semblables à celles que nous avons dites déjà (et qui se rapprochent sur certains points) du kyste hydatique. Aucun signe clinique ne lui est propre. La certitude ne peut venir que des constatations histologiques qui ne sont malheureusement pas toujours réalisables. L'ombre radiologique du néo primitif est généralement massive, aux contours flous, mais pourtant assez nets, n'oblitérant pas le cul-de-sac inférieur, n'atteignant pas l'apex en haut et laissant libre en position oblique une bande parfaitement claire entre elle et la paroi, ombre assez homogène sur quoi se détachent nettement les côtes.

Il faut avant tout tirer d'autres signes de l'interrogatoire. Ce sont la dyspnée vive et progressive, l'intensité de la douleur thoracique, surtout quand les signes pulmonaires objectifs paraissent impuissants à expliquer leur violence, qui provoqueront la mise en œuvre d'autres procédés d'investigation, tels que les Rayons X, ou la recherche des cellules néoplasiques dans l'expectoration si elle existe. C'est aussi le contraste entre les symptômes fonctionnels particulière-

ment marqués et le vague des signes physiques, la fréquence et la répétition des hémoptysies, l'amaigrissement rapide.

Nous ne citerons que pour mémoire la dilatation des bronches dont l'image est caractéristique aux rayons X après injection intratrachéale de lipiodol ; la gangrène pulmonaire ; les mycoses qu'Assmann dit simuler le cancer et dont le diagnostic se fait après investigation bronchique et au moyen des cultures ; la syphilis, exception faite de l'image arrondie du syphilome (cas de Bensaume et Emery) que juge l'épreuve du traitement ; les leucémies qu'accompagnent des formules sanguines spéciales, pour ne retenir ici que le cancer secondaire du poumon, dont le diagnostic positif est fondé sur la coexistence d'images radiologiques spéciales et la présence d'un épithélioma d'apparence cylindromateuse à l'épiglotte.

NATURE HISTOLOGIQUE DES METASTASES

Malgré l'incertitude profonde où nous vivons du mécanisme intime de la formation des métastases cancéreuses, nous nous sommes demandé, si cette loi générale de pathologie tumorale, de l'identité structurale d'une tumeur primitive et de ses noyaux secondaires, pouvait offrir ou non, dans le cas qui nous occupe, une exception.

Nous ne sommes, bien entendu, réduit qu'à former des hypothèses, puisqu'une biopsie n'a pu et ne peut être faite. Les taches pulmonaires visibles aux rayons X sont-elles des cylindromes ou non?

Sont-elles, comme il est vraisemblable, dues à la migration de cellules épiglottiques? Ou bien n'y a-t-il là qu'une colonie issue d'un cancer ignoré, venue d'une autre région du corps?

Autant d'inconnues que seul l'examen de coupes microscopiques colorées permettrait de résoudre.

Si comme le pense G. Roussy, les métastases ne se produisent que lorsque la tumeur primitive s'est stabilisée, s'est fixée dans son évolution, lorsque ses cellules semblent avoir atteint un type quasi définitif et commencent à subir des modifications régressives, on

peut considérer les noyaux pulmonaires comme étant une culture pure, à la façon d'une culture microbienne, du cylindrome épiglottique; s'il est vraisemblable aussi que les éléments d'un noyau métastatique sont à un stade évolutif plus jeune que la tumeur primitive, tout en possédant les mêmes aptitudes fonctionnelles ou les mêmes possibilités évolutives, selon la pathogénie du cylindrome que l'on s'est faite ou que l'on a acceptée, il devient logique de penser qu'il peut exister des métastases épithéliomateuses, baso-cellulaires, n'ayant pas encore subi la dégénérescence ou la transformation cylindromateuse, et présentant encore, mais pour un temps seulement, en vertu de ce que notre maître le professeur Léon Bernard a appelé, le potentiel évolutif, l'aspect primitif de la tumeur dont elles sont issues. Enfin si la tumeur primitive n'avait subi, qu'après la formation des premières colonies à distance, les remaniements qui lui ont donné son aspect cylindromateux, on pourrait constater des greffes cancéreuses inaptes à subir une évolution identique à celle de la « tumeur majeure » et reproduisant intégralement la structure fondamentale, initiale de cette tumeur.

Toutes choses égales d'ailleurs, n'est-il pas plus logique, plus proche de la réalité de tenir ces taches pulmonaires pour des cylindromes et de suivre une ligne de conduite conforme aux connaissances que nous avons de la bénignité relative de ce genre de tumeur et de leur évolution extrêmement lente?

Mais il faut dire que la plupart des auteurs, sans en

nier la possibilité, considèrent les métastases du cylindrome comme des faits exceptionnels, ainsi que la propagation par voie lymphatique et ganglionnaire de la tumeur, propagation sur laquelle nous nous réservons de revenir plus loin, les dangers consistant uniquement à leurs yeux, dans le volumineux accroissement et la localisation de la tumeur.

C'est l'opinion de G. Roussy et de R. Leroux, qui écrivent dans le nouveau *Traité de Médecine*, au tome deuxième, que le « cylindrome dont l'évolution est extrêmement lente, s'accroît peu à peu, mais n'envahit pas les tissus avoisinants et ne fait jamais de métastases, se comportant somme toute comme une tumeur bénigne ».

C'est celle de Letulle qui, par la plume de Baumgartner, déclare que la métastase au cours du cylindrome est exceptionnelle.

Celle de Pfeifer qui considère la tendance à la récurrence locale comme très forte, tandis que les métastases sont rares. A propos d'un cas de cylindrome de la cloison des fosses nasales, Borst souligne l'importance indiscutable du siège des tumeurs, qui n'ont, ajoute-t-il, pas de tendance à faire des métastases. Masson, après avoir défini le cylindrome : un épithélioma caractérisé par l'état muqueux du stroma conjonctif qui borde les travées cancéreuses, constate qu'il est d'une malignité variable, et que si certains sont encapsulés, d'autres sont extrêmement envahissants.

Quant à Jacob Wolff, Manasse, Ribert, Marchand, Lubarsch, Sébilleau, Hautant, Karl Winckler, ils sont

unanimes à déclarer la grande rareté des métastases du cylindrome.

Ce sont d'ailleurs ces opinions fondées toutes sur l'observation la plus rigoureuse et la plus impartiale qui font le prix de ce cas de cylindrome avec métastases pulmonaires. Il s'ajoute aux neuf cas de cylindrome propagé avec métastases publiés jusqu'à ce jour, et dont le plus remarquable est celui de Tommassi où, à l'autopsie d'un malade opéré d'un cylindrome du maxillaire inférieur, on retrouva des métastases au niveau de la dure-mère, de la plèvre, des poumons, des reins, des ovaires et du péritoine.

VOIES SUIVIES PAR LES METASTASES

Quelles furent les voies suivies probablement par les métastases parties du larynx pour s'arrêter dans le poumon?

Si les conduits naturels sont beaucoup moins souvent empruntés par les cellules cancéreuses que la voie sanguine ou la voie lymphatique, il n'en demeure pas moins possible que le larynx (partie sous-glottique), la trachée, les bronches, les bronchioles pouvaient conduire comme un chemin facile jusqu'aux acini pulmonaires. Le fait n'a d'ailleurs rien d'exceptionnel. On a pu l'observer au niveau des voies biliaires, dans les cancers de la vésicule ou encore au niveau du rein. Les lésions antérieures des muqueuses intéressées, pensent les auteurs tels que G. Roussy, favorisent peut-être des greffes à distance. Or les lésions les plus communes et les plus importantes qui puissent intéresser le parenchyme pulmonaire sont bien celles que l'infection tuberculeuse imprime à cet organe. La recherche systématique des réactions cutanées à la tuberculine pour la discrimination de l'infection humaine par le bacille de Koch, l'étude des radiographies prises en série, nous ont appris

(L. Bernard, Bezançon), que d'une part la proportion des cuti-réactions positives croissait progressivement avec l'âge, à ce point que la très grande majorité des adultes, réagissaient à la tuberculine, et d'autre part, que les ombres linéaires, certaines taches et marbrures ne figuraient que le reliquat de la lésion gangliopulmonaire tuberculeuse de l'enfant, qu'a suivie la diffusion des bacilles à travers le territoire pulmonaire.

Sans vouloir insister plus longtemps sur les rapports possibles de la tuberculose et du cancer qui passionnèrent nos maîtres, nous avons tenu, quoique notre malade ne présentât aucun des signes de l'infection tuberculeuse évolutive, à citer les opinions des classiques de notre siècle, à propos des lésions antérieures favorisant peut-être les greffes à distance des cellules néoplasiques. Mais il ne nous semble pas nécessaire de chercher dans l'existence d'une tuberculose ancienne, cicatricielle, éteinte, des facteurs dont le rôle nous échappe complètement pour la localisation des métastases au poumon.

Plus grande nous semble l'importance que peut jouer l'embolie bronchique sur la diffusion des cellules cancéreuses d'un poumon à l'autre par exemple. Letulle et Jacquelin ont publié dans le Bulletin de la Société Anatomique, de mai 1920, une belle observation du rôle que peut jouer l'embolie bronchique. Ces deux auteurs font remarquer que loin du nodule péri-bronchique, à l'intérieur des canaux alvéolaires atteints de splénisation et en particulier d'œdème aigu

inflammatoire, il est fréquent de rencontrer des cellules cylindriques ciliées provenant de bronches cartilagineuses réunies en petits paquets ou même flottant, à l'état isolé, dans la sérosité qui remplit les cavités des alvéoles pulmonaires. « Ces épithéliums sont vivants », écrivent Letulle et Jacquelin, établissant ainsi une comparaison entre l'embolie bronchique tuberculeuse caséuse, décrite par Sabourin, Rancke, Folknner, et l'extension centrifuge du cancer, qui projette souvent au loin ses cellules épithéliomateuses jusque dans les alvéoles pulmonaires sains ou remplis de sérosité œdémateuses, de leucocytes ou de globules sanguins.

Par ces appels d'air incessamment renouvelés sur le larynx, la trachée, sur les bronches, les poumons, en vertu aussi de la pesanteur, peuvent donc s'inoculer eux-mêmes mécaniquement.

Mais il est d'autres voies qui s'offrent aux cellules cancéreuses. Parmi ces voies, la lymphatique semble la plus habituelle aux métastases épithéliomateuses. Le cylindrome paraît encore ici faire exception. Il se propage peu par les voies lymphatiques semble-t-il, car les ganglions sont rarement atteints, et ceux de notre malade ne le furent apparemment jamais. L'hypertrophie ganglionnaire n'est signalée que dans six observations :

Koster, 3 cas; Poncet, Darier et Ducastel, Barozzi et Lesné, Bender et Daniel (ganglions sus-épitrochléen, sus-claviculaire et du creux axillaire dans un cas de cylindrome de l'avant-bras).

Si les cellules néoplasiques empruntaient la voie lymphatique, on comprendrait difficilement que l'ombolus épithélial dont le terme et l'arrêt provisoire siège dans le ganglion, ne soit pas la cause d'une hypertrophie, sensible, palpable de ce ganglion, ainsi que de tout le réseau lymphatique afférent. L'adénopathie précoce et palpable occupant les ganglions de toute la chaîne carotidienne, et seulement d'autres fois les ganglions supérieurs constitue un des signes les plus constants du cancer extrinsèque, du larynx et de l'épiglotte. Il est difficile de dire pourquoi on ne le trouve pas dans les cas où le cylindrome envahit un organe dont la lymphe s'écoule vers les ganglions correspondants.

Les expériences de Braitwait, de Lee, de Gabrielle en France, qui étudièrent la circulation lymphatique au moyen d'injection et purent reproduire à volonté la lymphadénie chronique, font paraître plus singulière encore cette absence des réactions inflammatoires lymphatiques, au cours des métastases du cylindrome.

Il est vrai que Letulle incriminait moins la disposition anatomique que l'état pathologique. Normalement, écrivait-il, la circulation du sang blanc est sujette à des oscillations ou même à des remous en rapport avec des stagnations temporaires de l'ondée lymphatique interstitielle; l'indépendance anatomique est complète des cellules cancéreuses libérées dans un foyer originel, une fois qu'elles sont mises en liberté dans le milieu lymphatique.

Nous pouvons regretter qu'aucune biopsie de ganglion hypertrophié nous ait permis de connaître la nature histologique des cellules qu'il contenait, pour apporter une observation certaine de métastases cylindromateuses d'un cylindre.

Selon les auteurs classiques, la voie sanguine serait après la lymphatique, celle que plus fréquemment suivraient les métastases cancéreuses. Comme pour les lymphatiques, l'irruption dans les vaisseaux sanguins se ferait de façons différentes. Mais tôt ou tard, tout îlot cancéreux, toute cellule qui parvient à traverser sur un point même très circonscrit, les parois d'un vaisseau sanguin devient par ce fait, cause possible d'embolies néoplasiques dont un des termes peut être le parenchyme pulmonaire.

Il existe du reste, sur une lame où s'étale une coupe colorée du cylindre au sujet duquel ces réflexions sont nées, un vaisseau assez volumineux, dont la paroi endothéliale est bien conservée et dont la cavité contient des cellules tumorales groupées en amas, au centre desquels se retrouve le même groupement de cellules autour de zones réticulaires amorphes. Il s'agit là sans doute, de l'essaimage de cellules tumorales ayant fait irruption dans un vaisseau, probablement une veine, comme en témoigne le peu d'épaisseur des parois et la présence de quelques globules rouges.

Nous ne citerons que pour rendre plus complet cet exposé, la voie nerveuse qui dans certains cas (cancer

du sein par exemple) a pu conduire les cellules cancéreuses au sein des parenchymes.

L'époque à laquelle parurent les métastases pulmonaires du cylindrome laryngé que nous avons décrit semble impossible à préciser, impuissant que nous sommes à déterminer déjà l'âge de la tumeur laryngée. Si l'on invoque avant tout, les conditions anatomiques (disposition normale des réseaux lymphatiques et sanguins de l'organe intéressé), peu d'organes étant aussi riches des uns et des autres que le poumon, on sera tenté de conclure à la précocité des métastases.

Parmi notre ignorance un fait reste néanmoins certain, c'est que lorsque la malade vint consulter pour la première fois au dispensaire Léon Bougeois, les images radiologiques de cancer nodulaire existaient déjà, comme en fait foi le protocole radioscopique contenu dans son observation. L'interrogatoire ne nous a pas permis plus que l'examen somatique de fixer une date d'apparition probable, aucun phénomène pathologique connu, si ce n'est l'abcès glosso-épiglottique, n'ayant accompagné l'évolution de ces tumeurs.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, les films nous apprennent qu'entre le mois d'avril 1928 et le mois de janvier 1930, le nombre des nodules pulmonaires, passa de deux à trois du côté droit; de un à deux du côté gauche et que le diamètre de toutes ces taches augmenta.

VOLUME DES METASTASES

Il existe souvent d'après G. Roussy mais non toujours, une certaine relation entre le volume d'une tumeur primitive et celui de ces métastases. Certains auteurs et particulièrement les auteurs allemands avec Kilain admettent que plus la tumeur primitive est petite, plus les métastases sont volumineuses; plus elle est grande, plus elles sont réduites.

Ehrlich a essayé de donner une explication de ce fait qui est loin du reste d'être une règle. Pour lui, tout dépend de l'utilisation par la tumeur d'une réserve fixe de substances nutritives réparties entre la tumeur mère et les noyaux secondaires.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse. Il se pourrait du reste que, dans le cas qui fait l'objet de ce travail, la certaine relation dont parle G. Roussy existât entre la tumeur primitive et les métastases. Au premier examen laryngoscopique que fit le Docteur Soulas, le cylindre laryngé avait le diamètre d'environ une pièce de cinquante centimes; chaque tache pulmonaire pouvait être grossièrement comparée à une pièce de cinq francs; le nombre de ces taches, qui se dessinaient avec tant de netteté et de précision sur le fond plus clair du parenchyme, était de trois puis il fut de cinq comme l'apprit un film suivant.

HISTORIQUE DU CYLINDROME

C'est en 1845 que prend naissance l'histoire du cylindrome. A cette époque Henlé, décrivit sous le nom de syphonome, une tumeur du mésentère dont la coupe présentait des parties blanches fibreuses et des parties molles analogues à de la substance caséuse. Sous le microscope, les parties dures ressemblaient à des tuyaux creux transparents, contenant à leur intérieur des boules réfringentes et mobiles. Autour de ces tuyaux, on distinguait des granulations rondes avec un noyau. Selon Mallassez, il est difficile de tabler sur une observation dont le langage ne correspond pas à celui que nous employons aujourd'hui en histologie, mais il est possible qu'il s'agisse bien là d'un véritable cylindrome.

Jusqu'en 1853, la question du syphonome de Henlé resta dans le silence. Robin l'en tira en publiant trois observations de tumeurs hétéradéniques, c'est-à-dire ressemblant aux glandes mais apparaissant dans les régions normalement dépourvues de glandes, et en affirmant la nature épithéliale des éléments cellulaires. De plus il donnait aux productions transpa-

rentes, le non de corps oviformes qui leur est depuis ce temps resté.

Le nom de cylindrome fut donné par Bilioth en 1856, qui étudiait après Meckel, un cas de Busch. Il établissait la nature muqueuse des parties transparentes, et affirmait l'origine vasculaire de la tumeur. Ses travaux eurent une grande répercussion surtout en Allemagne, où les pathogénies les plus diverses furent proposées au sujet de la nouvelle tumeur. Et tour à tour Volkmann, Forster, Maier, Mathan, Friedrich, Kocher, classèrent le cylindrome parmi les sarcomes endothéliaux.

L'année 1883, apporta avec l'important mémoire de Malassez, paru dans les Archives de Physiologie, une réfutation aux théories des histologistes allemands. Malassez établit nettement la nature épithéliale des éléments cellulaires. Il reconnut qu'il est souvent fort difficile de rattacher les cellules du cylindrome à un type défini, la plupart étant atypiques. Et il conclut, en déclarant que le cylindrome est constitué par des éléments de deux productions différentes : l'une épithéliale primitive, l'autre myxomateuse secondaire, qui née du stroma tend à détruire la polifération épithéliale.

Le travail de Malassez eut une influence décisive sur les travaux ultérieurs dont Thierry, Paquet et Hermann, confirmèrent les conclusions.

Toutefois, Lubarsch, Marchand, Van Ohlen, Koul-nief, continuèrent à tenir le cylindrome pour un endothéliome avec dégénérescence hialyne. Dans leurs

travaux des années qui suivirent, Aievoli, Fillion, Akira Fujinemi, Rippert, de Lapersonne et Mettay, apportant chacun une part de conception pathogénique personnelle, soutinrent les uns les théories de Bibroth, les autres celles de Malassez.

En 1914, Baumgartner consacra sa thèse à soutenir la thèse récemment proposée par Letulle, à savoir : Le cylindrome est un dysembryome à prédominance mucoïde. Sous ce nom de dysembryome, Letulle rangeait toutes les tumeurs provenant de la prolifération tardive de germes embryonnaires restés inutilisés au cours du développement de l'organisme, et qui sont des malfaçons, des défectuoités de l'être en formation, le cylindrome que l'on observe avec une fréquence particulière dans la région céphalique, où de multiples remaniements embryonnaires eurent lieu, n'étant qu'une tumeur mixte conjonctivo-épithéliale. D'autres histologistes, Darier, Roussy, Masson, Leroux pour nous borner aux auteurs français, continuèrent l'étude de cette tumeur rare et précisèrent encore sa situation nosographique.

Nous exposerons donc la théorie de Letulle, qui bien que vieillie n'en garde pas moins des défenseurs puis celle de Masson; les publications de G. Roussy, l'important mémoire de R. Leroux, paru dans le Bulletin de l'Association Française pour l'étude du Cancer, composeront la troisième partie de cette étude.

La conception pathogénique de Letulle repose tout entière sur l'impossibilité d'expliquer autrement que par les malfaçons du développement embryonnaire,

la coexistence et l'évolution de deux malformations l'une épithéliale et l'autre conjonctive. Si le cylindre n'est pas formé par un épithélioma qui sécrète ou qui dégénère, si les corps oviformes sont des productions actives, vivantes, si en résumé les deux néoplasmes, l'un épithélial et l'autre conjonctif, s'associent et se combinent étroitement, il convient de les considérer comme des formations indépendantes et contemporaines, comme faisant partie chacune pour leur propre compte d'une tumeur mixte conjonctivo-épithéliale à prédominance mucoïde.

Mais comment admettre l'évolution simultanée de deux néoformations dissemblables, sans admettre qu'en certains points de l'organisme existent des îlots épithéliaux et des îlots conjonctifs demeurés à l'état muqueux, et sans admettre que ces germes après une vie latente plus ou moins prolongée, deviennent actifs et prolifèrent? Mais alors d'où proviennent ces îlots égarés au sein de tissus étrangers? A cette question une seule réponse semble possible à Létulle. Les germes épithéliaux et muqueux, aux dépens desquels se développe le cylindre, sont des débris embryonnaires que l'organisme pour une cause encore inconnue, n'a pas utilisés à l'époque de sa formation. Ce sont des éléments séparés de leur tissu matriciel et enclavés au milieu d'autres tissus; et le cylindre devient ainsi une tumeur embryonnaire que l'on peut définir de façon suivante : « Le cylindre est un dysembryome conjonctivo-épithéliale à prédominance mucoïde. » Cette conception ne demeura pas du

reste, exclusivement celle de Letulle, car elle fut adoptée par Duclos, à propos d'un cas de cylindrome de la paupière inférieure.

A l'époque où fut conçue cette théorie, l'importance des tumeurs embryonnaires et la place qu'elles occupaient s'étendaient chaque jour.

Le siège si particulier du cylindrome n'était pas sans fournir lui-même un argument, puisque sur 83 cas que Baugmartner a retenus dans son importante thèse de 1914, on en trouve 74 au niveau de l'extrémité céphalique : orbite et annexes, maxillaire supérieur, région parotidienne, cuir chevelu, nez, front, maxillaire inférieur, joue, lèvres, langue, oreille externe, c'est-à-dire dans des régions où s'effectuent des remaniements multiples pendant la vie-utérine. On savait que la face et le crâne sont les régions des fentes et des arcs branchiaux aux dépens desquels se formeront plus tard le maxillaire, l'appareil thyroïdien, les oreilles externe, moyenne et la trompe d'Eustache, le thymus, la thyroïde. Il semblait donc normal ou pour le moins acceptable sans difficulté, que des parcelles d'épithélium et de tissu mésodermiques (lame obturante des gouttières branchiales) aient pu être entraînées, séparées de leurs tissus matriciels, et restent pour un temps, inutilisées dans l'organisme achevé.

L'embryologie fournissait une source inépuisable d'exemples, et spécialement en ce qui concerne la région orbitaire où l'on trouvait matière à analogies, à ressemblances, ou bien encore à vraisemblances; et

le cylindrome était définitivement rangé parmi les dysembryomes, dysembryome conjonctivo-épithélial à prédominance mucoïde, puisque sa structure et son évolution semblaient impossibles à comprendre si l'on n'admettait pas une malfaçon originelle dans le développement de l'être.

H

II

Masson considère d'abord que le cylindrome ne forme pas un groupe autonome. Il a vu que les épithéliomas baso-cellulaires de l'épiderme subissent souvent une évolution cylindromateuse, partielle, plus ou moins complète et étendue. Cette évolution serait à ses yeux plus fréquente dans les épithéliomas nés des glandes ectodermiques, où elle peut être d'une grande pureté, dans les néoplasmes des glandes séreuses annexées aux muqueuses de l'ectoderme respiratoire (fosses nasales), de l'endoderme antérieur et même de certains néos intestinaux (tumurs à cellules argentaffines).

Selon lui, faire du cylindrome une production morbide dont l'origine remonte à l'époque de la vie fœtale, un ilot épithélial et conjonctif embryonnaire que l'organisme n'a pas utilisé à l'époque de la formation c'est donner une explication qui n'en est pas une, l'origine dysembryoplastique n'étant admissible, que si les cylindromes formaient une espèce tumorale bien limitée. Mais les cas si fréquents, où l'évolution cylindromateuse survient à titre d'épiphénomène dans le développement d'un néoplasme d'allures et de sou-

ches variables, démontre qu'elle répond à une adaptation particulière et commune à maintes lignées épithéliales. Et pour comprendre la signification des éléments caractéristiques du cylindrome : corps ovi-forme de Robin, étui muqueux cylindroïde, il est nécessaire d'étudier l'histogénèse du néoplasme.

M. Masson prend pour exemple le cylindrome glandulaire. Après avoir montré que les bourgeons épithéliaux jeunes sont formés par des tubes glandulaires unistratifiés contenus dans un tissu conjonctif jeune, résultat d'une adaptation et d'une prolifération secondaire du stroma, il fait voir comment de la naissance de cordons épithéliaux ramifiés, s'édifie un réseau de capillaires engainés par des cellules conjonctives qu'accompagne un dépôt de substances mucoïdes. C'est d'ordinaire au contact des cellules épithéliales que la réaction est la plus nette, la plus intense, et que le stroma est le plus lâche. On en vient à penser que le mucus est du à l'activité des cellules épithéliales, que celles-ci le secrètent en nature ou qu'elles émettent un ferment qui transforme le collagène du stroma en substance mucoïde. Comme il est nécessaire de supposer que le mucus sort de la cellule par la face basilaire, car la cellule n'appartient pas à une lignée endocrine, l'auteur conclut qu'il y a eu inversion de la polarité fonctionnelle des cellules épithéliales, dont l'activité sécrétoire forme le manchon mucoïde caractéristique du cylindrome avec les corps oviformes, si bien que la prolifération épithéliale continuant, les capillaires se trouvent engainés, dissociés,

et que tous les éléments conjonctivo-vasculaires ainsi séquestrés, dégénèrent et se fondent en une sphérule muqueuse entourée par des cellules épithéliales cubiques. Cette sphérule peut d'ailleurs être secondairement séparée complètement du stroma et entourée de tous côtés par les cellules épithéliales.

Mais pour l'auteur, ces cellules épithéliales ont un double pouvoir; à côté de leur activité sécrétoire anormale, elles possèdent une activité sécrétoire normale, dont elles usent afin de constituer ces cavités tantôt minuscules, et tantôt aussi larges que les corps oviformes, que M. Masson appelle cavités exocrines et qui donnent si souvent aux coupes histologiques après coloration l'aspect d'un labyrinthe.

En résumé, le cylindrome est un épithéliome caractérisé par l'état muqueux du stroma conjonctif qui borde les travées cancéreuses; il peut être rangé non loin des tumeurs mixtes faites de catégories cellulaires différentes, à condition toutefois de souligner que dans les tumeurs complexes (les greffes embryonnaires par exemple) les tissus évoluent côte à côte sans se mélanger intimement comme dans le cylindrome, et que seule la métaplasie épithéliale qu'accompagne l'inversion de la polarité sécrétoire des cellules épithéliales permet, en l'état actuel de la science, une explication radicale de ce que Darier a appelé la cylindromisation du stroma conjonctif.

III

G. Roussy et R. Leroux écrivent que les épithéliomas malpighiens sont susceptibles de subir au cours de leur évolution des modifications constitutionnelles intéressant soit les cellules épithéliomateuses, soit le stroma conjonctif. Certaines tumeurs finissent par offrir un aspect définitif, tel le cylindrome; terme qui, d'après eux, ne s'applique pas à une tumeur spéciale, mais bien à un aspect d'une tumeur épithéliale dont le stroma subit une dégénérescence colloïde pouvant entraîner secondairement la désintégration des boyaux épithéliaux. Il y a lieu, ajoutent-ils, de noter que les tumeurs les plus diverses peuvent revêtir l'aspect cylindromateux d'une façon plus discrète et plus partielle que d'autres.

Il est intéressant de rapprocher l'opinion des deux auteurs contemporains de celles de Winchow et de Malassez. Winchow n'admettait pas non plus que le cylindrome fut une tumeur bien définie. D'après lui, les formations muqueuses, la dégénérescence colloïde du stroma se rencontrent aussi bien dans les épithéliomas, les sarcomes ou les endothéliomes. Il y a des tumeurs à aspect cylindromateux, concluait-il, et non pas des cylindromes.

Quant à Malassez, qui décrivit avec minutie et précision la structure des cellules, celles des corps ovi-formes et les rapports qui les unissent les uns aux autres, il pensait que le cylindrome est primitivement

et surtout un épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux secondaire.

Voici l'histogénèse qu'a donnée M. Leroux à propos d'un cylindrome de l'angle interne de l'œil. Pour ne pas trahir l'auteur, nous nous permettrons de citer sa communication de 1920 à l'Association française pour l'étude du cancer.

« Le cylindrome est constitué par des masses épithéliales lobulées, par un stroma conjonctif et présentant dans leur intérieur des corps oviformes constitués par de la substance mucoïde avec ses caractéristiques de métachromasie au bleu polychrome de Unna.

Plusieurs points nous semblent dignes d'être examinés :

1° Les masses épithéliales dans notre tumeur sont de formes très variables présentant fréquemment sur leur pourtour une rangée de cellules cylindriques en palissade; mais cet aspect n'est pas constant et en plusieurs points on rencontre une limite irrégulière avec fusées épithéliales en plein conjonctif périphérique correspondant vraisemblablement aux zones d'extension de la tumeur.

Ces masses sont en outre plus ou moins profondément divisées par des axes conjonctivo-graisseux souvent munis de capillaires. Ces axes subissent rapidement la transformation mucoïde. Il est d'autre part visible que ces travées et les corps oviformes centraux ne sont qu'une seule et même figure sous des inciden-

ces de coupes différentes. Leur aspect mucoïde commun présente d'ailleurs les mêmes réactions tinctoriales.

Dans ces masses épithéliales, on note plusieurs sortes de cellules : 1° des cellules périphériques en palissade; il y a lieu de signaler que cette ordination en palissade se rencontre aussi bien en bordure des masses principales qu'au pourtour des corps oviformes;

2° Des cellules intermédiaires dont les limites protoplasmiques ne sont pas visibles qui se rattachent cependant d'une façon nette à la série épithéliale;

3° Des cellules épithéliales en voie de nécrose avec disparition du noyau et cytolyse;

4° En de nombreux endroits ordination concentrique en bulbe d'oignon avec aspect typique de globes épidermiques. Il s'agit donc bien ici d'un épithélioma malpighien typique.

5° De nombreuses figures de divisions cellulaires marquant l'activité de la prolifération épithéliale.

II. — Les corps oviformes que l'on peut rattacher de façon évidente aux axes conjonctifs grâce à la présence de tous les stades de transition entre ces deux formations, montrent différents types : les uns sont entièrement dépourvus de tout élément cellulaire et présentent souvent des vacuoles centrales; plusieurs contiennent encore quelques fibroblastes intacts et fréquemment un capillaire; un grand nombre enfin

montrent avec des colorations électives des multiples fibrilles collagènes. Il ne nous semble donc pas qu'il s'agisse ici d'un tissu mucoïde de néoformation analogue à celui que l'on retrouve dans certaines tumeurs mixtes, parotidiennes par exemple, mais bien d'une sorte de dégénérescence des axes conjonctifs. Les capillaires paraissent résister plus longtemps que le stroma environnant, aussi en trouvons-nous d'intacts au sein de corps oviformes nettement mucoïdes. Nous pensons devoir insister sur ce fait, car l'évolution de la tumeur pourra varier suivant qu'il y aura ou non destruction des capillaires : si ceux-ci persistent, on n'assisterait pas à la nécrose épithéliale *in situ* par défaut de vascularisation consécutive, au contraire, à la destruction de tout axe vasculaire.

III. — Le stroma conjonctif qui lobule grossièrement la tumeur nous paraît présenter ici la constitution normale du tissu cellulaire sous-cutané avec deux sortes de modifications cependant en raison du développement épithélial néoplasique : 1° une dégénérescence mucoïde au voisinage de certains amas; 2° une réaction fibreuse tendant à encapsuler la tumeur que nous pouvons considérer comme processus de défense.

Rappelons enfin que stroma grossier de charpente et corps oviformes sont reliés les uns aux autres et que l'on peut suivre tous les stades de liaison.

En résumé : il s'agit ici nettement d'une tumeur épithéliale; rapports de continuité avec le revête-

ment cutané, disposition en palissade, globes épidermiques. Cette tumeur épithéliale est en voie d'activité marquée (mitoses multiples) et son action sur le tissu conjonctif où elle se développe paraît de deux sortes : action dégénérative mucoïde, réaction de défense avec tendance à l'encapsulation.

Nous est-il permis en conséquence de faire l'hypothèse suivante : la tumeur que nous venons d'étudier est un épithélioma du type malpighien présentant une action dégénérative spéciale sur le tissu conjonctif qui lui sert de substratum. Ce serait un épithélioma avec aspect cylindromateux dû à une dégénérescence conjonctive. Nous ajouterons que l'aspect cylindromateux n'est pas propre à des tumeurs analogues à la nôtre et nous pouvons concevoir que cet aspect puisse se rencontrer dans d'autres néoplasies : nous demanderons à ce sujet à M. Lhermitte la permission de signaler que dans un épithélioma du troisième ventricule, il a pu noter des aspects cylindromateux voisinant avec d'autres figures nécrotiques d'allure péri-théliomateuses. Nous avons pu d'autre part constater cet aspect cylindromateux dans une tumeur mixte de la parotide et nous voulons signaler en passant la différence qui existe entre le tissu conjonctif adulte, substratum de notre tumeur et le tissu myxomateux du dysembryome parotidien : ce dernier est constitué par une substance fondamentale homogène à peine fibrillaire au milieu de laquelle nagent une quantité de cellules étoilées. Il y a par contre une ressemblance intéressante entre ces deux tissus : ils dégéné-

rent tous deux de la même façon au contact des masses épithéliales.

Pour conclure : il ne nous semble pas que notre tumeur soit un dysembryome conjonctivo-épithélialé, mais un épithélioma malpighien développé dans un tissu conjonctif adulte auquel il fait subir une dégénérescence mucoïde spéciale. Mais nous nous rattacherons entièrement à l'origine dysembryoplastique de la partie épithéliale de cette tumeur qu'il y a lieu, à notre avis, de rapprocher des tumeurs épithéliales développées aux dépens de débris tels que les nœvi cellulaires ou de débris adamantins. »

Cet exposé que nous aurions voulu plus complet des pathogénies régnantes, suffit à montrer qu'il n'était pas vain que M. Darier demandât la mise à l'ordre du jour du cylindrome à l'Association française pour l'étude du cancer. D'autres théories naîtront sans doute après celles d'hier et celles d'aujourd'hui, mais Malassez ne déclarait-il pas déjà dans les Archives de Physiologie de 1883, « qu'il ne voyait dans l'état actuel de nos connaissances aucune explication sérieuse à ce fait de l'envahissement des amas épithéliaux par les tissus muqueux » ?

ETIOLOGIE

Le cylindrome est une tumeur extrêmement rare si l'on en juge par les cas publiés jusqu'à ce jour dans la littérature médicale, et l'épiglotte, comme nous l'avons dit plus haut, est une des localisations les moins souvent rencontrées, puisqu'un seul cas de tumeur cylindromateuse de cet organe a été publié, à notre connaissance, avant le nôtre, en Allemagne.

Mais il importe d'ajouter qu'il serait peut-être moins difficile d'établir la statistique exacte de cette néoplasie sur la nature de laquelle les auteurs ne s'accordent guère encore, si les histo-pathologistes attachaient un peu moins d'importance à la question de nomenclature, tout en reconnaissant d'ailleurs que les mots ont une grande valeur en raison de la signification qu'on leur attache.

Causes prédisposantes. — Selon la règle établie par l'observation, le cylindrome est surtout fréquent chez les jeunes. Il débute le plus souvent entre 20 et 30 ans, dans une proportion égale pour l'un et l'autre sexe. Il est exceptionnel avant dix ans, très rare après soixante et l'on n'en retrouve qu'un seul cas après

soixante-dix ans. Notre malade est actuellement âgée de 32 ans. Nous suivons le cylindrome qu'elle porte et dont nous ignorons le début, depuis trois ans passés.

Causes occasionnelles. — Il est rare de retrouver dans les antécédents des malades une cause à laquelle on puisse attribuer une influence provocatrice sur l'éclosion de la tumeur. Le traumatisme, le phlegmon (cas de Robin), la blessure accidentelle (cas d'Ewet-sky) peuvent certaines fois précéder de peu le début apparent du néoplasme. Les irritations, les inflammations chroniques comme chez le malade de Poncet qui portait depuis longtemps des fardeaux de bois sur sa tête et qui fut atteint de cylindrome du cuir chevelu, comme chez notre malade sujette aux maux de gorge, dès son enfance, semblent avoir beaucoup plus d'importance dans la genèse inconnue de ce cancer.

Il est d'ailleurs difficile de dire s'il faut voir dans ces faits une relation de cause à effet ou bien une pure coïncidence.

SYMPTOMATOLOGIE

Rien n'est pathognomonique dans l'histoire d'un cylindrome. Celle que nous apportons n'ajoute rien de nouveau à la question. Comme toujours, quand il s'agit de semblables tumeurs, le début est insidieux, indolore, caché et les seuls faits que l'on peut relever tiennent au siège du néoplasme qui, par l'accroissement de son volume et la compression des organes voisins, détermine des troubles locaux puis généraux, troubles qu'aurait causés n'importe quelle autre tumeur de même volume et dont le potentiel de malignité aurait été le même.

Ce qui domine l'évolution clinique de ce cylindrome comme de tous ceux que rapporte la littérature médicale, c'est la conservation prolongée d'un bon état général. L'accroissement de la tumeur est si lent, l'évolution des métastases si sournoise que l'on n'observe qu'à une période fort avancée de la maladie, huit ans, dix ans et plus, l'amaigrissement, l'asthénie et tous les autres signes de la cachexie cancéreuse.

DIAGNOSTIC

Il est impossible à l'œil nu d'affirmer le diagnostic de cylindrome. La marche lente, progressive et la longue durée de son évolution coïncidant avec un bon état général et avec la présence d'une tumeur le plus souvent unique et peu volumineuse, sont les seuls signes cliniques qui puissent faire émettre l'hypothèse de cylindrome. Le siège de la tumeur ne nous paraît pas un facteur de très grande importance, car si l'on a pu voir que la peau et ses annexes, la région de l'orbite, le cuir chevelu, les méninges sont le siège de prédilection du cylindrome, les observations existent aussi, pour rares qu'on les rencontre, où la néoplasie débute dans les os, sur la région vulvaire ou comme dans un cas publié par Henricis, dans la trachée.

En réalité, c'est le microscope seul qui permet de poser un diagnostic certain après que l'on a coloré quelques préparations avec les réactifs spécifiques (métachromasie au bleu polychrome de Unna). Le diagnostic positif se fera sur la présence et la coexis-

tence de masses épithéliomateuses et de cavités de formes variables remplies d'une substance amorphe, colloïde, qui possède des affinités tinctoriales métachromatiques; ces formations sont pathognomoniques.

Il faut noter aussi que dans le cylindrome ancien, le tissu conjonctif a subi une dégénérescence maligne. Il sera bon enfin de rechercher en divers points de la tumeur si quelque vaisseau sanguin ou lymphatique bourré de cellules tumorales ne traduit pas l'extension possible du néoplasme à d'autres parties du corps.

PRONOSTIC

Tous les auteurs s'accordent à affirmer que le cylindre peut prendre place parmi les tumeurs bénignes. La longue durée de son évolution, les symptômes peu marqués, la conservation d'un bon état général, la rareté des métastases, en font, disent-ils, le peu de gravité. Dans le cas de métastases pulmonaires, le pronostic paraît des plus sombres.

D'ailleurs, le seul fait de la possibilité de métastases et de généralisation, comme dans un cas de Rispal et Samiac, où la généralisation cérébrale d'un cylindre parotidien a provoqué la mort, indique déjà que le cylindre peut ne pas toujours être bénin.

Il est probable que les examens microscopiques se faisant plus nombreux, le cylindre paraîtra moins une tumeur rare et que ses métastases pourront être surprises, puis détruites le plus précocement possible.

TRAITEMENT

L'extirpation chirurgicale est le seul traitement efficace du cylindrome, car tout le danger réside dans l'extension locale, la récurrence ou la propagation métastatique, qui arrivées à un certain degré de gêne fonctionnelle, peuvent mettre la vie en danger. Mais le cylindrome de l'épiglotte, comme tout cancer extrinsèque du larynx, relève presque uniquement de la thérapeutique par les rayons X.

Le traitement par le radium a été expérimenté par de Beurmann, Verdun et Bith, Hautant, Ledoux, de Bruxelles; les résultats ne se sont pas montrés favorables. Si certaines tumeurs ont semblé diminuer de volume, d'autres se sont accrues et ulcérées. Les expériences ont été, de l'avis unanime, pleines de déconvenues.

D'après Coutard et Hautant, la sensibilité aux radiations des néoplasmes du larynx est très variable. Au point de vue histologique, les épithéliomas à évolution épidermoïde de type muqueux semblent être plus sensibles aux radiations que les épithéliomas à

évolution cutanée. L'épiglotte n'est que partie d'un ensemble de pièces cartilagineuses. Or nous savons que les cartilages supportent mal les irradiations. Tous ceux qui se sont occupés de radio ou de radium-thérapie à ce niveau savent combien la chondronécrose est fréquente et quel terrible accident elle représente. Elle se montre, disent certains, avec une régularité persévérante quand on veut irradier les cartilages.

Il nous faut pourtant envisager le moment où la tumeur exigera qu'on intervienne. Nous y avons déjà pensé lors de l'accouchement.

Faut-il maintenant attendre le seuil de l'asphyxie ou n'est-il pas préférable de le devancer? Quel traitement convient-il de choisir pour une région difficile d'accès et sur une tumeur dont l'extension vers la base de la langue risque de nous entraîner dans une entreprise périlleuse?

Du reste notre malade qui ne se plaint pas de son état, ne semble pas décidée à accepter une intervention dont l'issue serait douteuse. Nous savons aussi grâce à un dernier examen que l'extension du cylindre se fait avec une extrême lenteur.

Deux solutions thérapeutiques s'offrent donc à nous :

1° Ablation limitée par les voies naturelles, sous laryngoscopie directe, non pas avec la pince emporte-pièce à cause du danger d'hémorragie contre lequel

nous serions désarmé, mais l'ablation à l'anse galvanique avec diathermo-coagulation sur le moignon.

Si l'on avait une mauvaise prise avec l'anse chaude, il ne resterait que la destruction à l'aide de la diathermo-coagulation.

2° La radiothérapie pourrait enfin peut-être agir sur les tissus glosso-épiglottiques infiltrés, si l'on a la prudence de ne pas rendre radiorésistante cette tumeur par des irradiations insuffisantes.

Mais nous savons que cette thérapeutique, si elle réussit, ne peut être que palliative et que nous ne pourrions pas poursuivre bien longtemps le traitement de ce cylindre épiglottique et moins encore celui de ses métastases pulmonaires contre les quelles nous sommes totalement désarmés.



CONCLUSIONS

I. — Deux biopsies suivies de l'examen microscopique des coupes colorées nous permettent d'affirmer que la tumeur dont est porteuse la malade, qui fait le sujet de ce travail, est un cylindrome de l'épiglotte.

II. — Le cylindrome du larynx et de l'épiglotte plus spécialement, est une tumeur exceptionnelle.

III. — Seule la biopsie permet d'en faire le diagnostic, qui sera fondé sur la présence, au sein des masses épithéliomateuses, de cavités de formes variables remplies d'une substance amorphe, colloïde, qui possède les affinités tinctoriales métachromatiques.

IV. — Tandis que l'épithélioma banal de l'épiglotte, après un début insidieux, présente une évolution rapide, une adénopathie précoce, pour aboutir à la mort en un ou deux ans, le cylindrome se caractérise par une évolution très lente, l'absence de ganglions, et la longue conservation du bon état général.

V. — Si le cylindrome est universellement considéré comme une tumeur relativement bénigne, ne faisant

pas de métastases, les images radiologiques de cancer secondaire des poumons qu'il est possible de voir sur les films de notre malade, prouvent que cette tumeur est susceptible de provoquer des métastases.

VI. — Dans un chapitre consacré à la pathogénie, nous avons sans les discuter rapporté les théories de Letulle pour qui le cylindrome est un dysembryome conjonctivo-épithélial à prédominance mucoïde et celles de G. Roussy et Leroux qui le définissent : tumeur épithéliale dont le stroma conjonctif subit une dégénérescence colloïde.

VII. — Les indications de traitement, dans les cas qui nous occupent, nous semblent les suivantes : ablation par les voies naturelles à l'anse galvanique avec diathermo-coagulation sur le moignon, puis radiothérapie pour compléter l'intervention chirurgicale.

Vu : le Doyen

BALTHAZARD

Vu : le Président

Léon BERNARD

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

GHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIEVOLI. — Sulla Dottrina dei Cyndromi. — Giornale medico el Incurabili, 1894.
- ALVARO Rodriguez et SOUZA Pereira. — Sur les gros troncs lymphatiques de la base du cou. — Ann. d'Anat. pathol., p. 1019.
- AMEUILLE et TACQUET. — Tumeurs pleuro-pulmonaires radio-sensibles simulant l'épanchement pleural. — Soc. Méd. Hôp., Paris, 1927.
- Atlas du cancer.* — Paris, 1922-1927; Association franç. pour l'étude.
- AUBIN. — La biopsie du cancer. Clinique en O. R. L. — Paris, 1924, Vigot.
- BARATOUX. — Du cancer du larynx. — Paris, 1888.
- BARD L. — La pathogénie du cancer. — Annales de Médecine, 1923, page 93, tome XIII.
- BAROZZI et LESNE. — Cylindrome ayant dans la région sous-maxillaire gauche. — Bull. Soc. Anat., Paris, 1897, page 266.

- BAUMGARTNER A. — Le Cylindrome. — Thèse de Paris, 1914.
- BAUROWICZ. — Carcinome pédiculé de l'épiglotte. — Arch. de laryn. du Rhin.
- BENDER et DANIEL. — Cylindrome de l'avant-bras. — Bull. Soc. Anat., Paris, 1903, page 167.
- BERARD L. — Traumatisme et cancer. — Travaux de la 2^e Conf. internat. pour l'étude du cancer, Paris.
- BERNARD L. et CAIN. — Lymphangite cancéreuse généralisée des deux poumons avec intégrité du parenchyme pulmonaire à un épithélioma du sein. — Société médicale des hôpitaux, 1925.
- BEZANÇON et S. I. DE JONG. — Maladies de l'appareil respiratoire. — In Précis de pathologie médicale, tome III, passim 1931.
- BEURMANN (DE), VERDUN et BITH. — Tumeur de la face et du cuir chevelu à type de cylindrome. Traitement par le Ra. — Arch. de Dermat. et de S., 1911, p. 577, t. II.
- BIROTH. — Untersuchungen über die Entwiekehung der Blutgefässen. — Berlin, 1856.
- BOROT M. — Die Lehre Won den Geschwylsten. — Wiesbaden, 1902. Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste, Leipzig, 1924.
- BOURGEOIS. — Maladies chirurgicales du larynx. — In précis de pathologie chirurgicale, t. III, Paris, 1928.

BOURGEOIS et SOULAS. — A propos d'un cas de cylindrome de l'épiglotte. — Annales des maladies de l'oreille, larynx, nez, pharynx, 1929.

BRAITWAIT. — The flow of lymph from the ileo-coecal angle and its possible bearing on the cause of duodenal and gastric ulier. — Journal of Surgery, 1924.

BRAULT. — In Cornil et Ranvier. — Traité d'histologie pathologique, Paris, 1901, t. I, p. 571-576.

BRAULT et DECLOUX. — Trois cas de cylindrome de la région parotidienne. — Bull. Soc. Anat., Paris, 1899.

BROCKAERT. — Hyalogene cylindrom des Larynx. — Zeitsch. f. Laryng und Rhinol, 1912. BO, 5.

CASTEX. — Traité des maladies du pharynx et du larynx.

CHEVALIER-JACKSON. — X^e Congrès international d'otologie, Paris, 1922.

CIRINCIONE. — Contribuzione allo studio dei cylindrome. — Giornale della Associazione Napoletana di medici e naturalisti. Napoli, 1890, p. 329-380.

COLLET. — Oto-rhino-laryngologie avec applications à la neurologie, 1923.

CISNEROS. — Congrès de Madrid, 1903.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie. Paris, 1882.

- COURART et HAUTANT. — Résultat du traitement de dix cancers du larynx par les rayons X. Congrès de l'association franç. pour l'avancement des sciences. Août, 1923.
- CUNÉO. — De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer du larynx. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 141, 13 décembre 1902.
- DALOUS. — Cyndrome de la peau. *Annal. dermat. et Syph.*, 1902.
- DARIER. — Précis de dermatologie. Paris, 1929.
- DARIER et DUCASTEL. — Cyndrome de la région parotidienne. *Arch. derma. et syph.*, 1897.
- DELBET. — In *Bull. Asso. franç. du cancer*. Paris, 1920.
- DELBET-MÉNÉTRIÉR. — Essai de nomenclature du cancer pour l'usage international. Paris, 1910.
- DESNOS. — Epithélioma du larynx. Généralisation au foie. *Bull. Soc. Anat.*, 1878.
- DETOURBET. — Les cancers secondaires du larynx. Th. de Lyon, 1912.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. Tome I, 1897.
- DUCLOS. — Cyndrome de la paupière inférieure. Type naissant de cyndrome. *Ann. d'oculistique*, 1913.
- DUPLAY et CAZIN. — Les tumeurs. Paris, 1903.

- EWALD. — Cylindrom der Zunge. Wien. Klin Woch, 1897.
- FAUVEL. — Traité pratique des maladies du larynx. Paris 1875.
- FERRARI. — Atti della clinica O. R. L. Africa regia universi da di Roma, 1926.
- FORGUE. — Précis de pathologie externe. Lyon, 1930.
- FRAENKEL. — Archiv fur laryng, u, Rhin, 1903, p. 609.
Diagnostic histologique du cancer du larynx.
Paris, 1900.
- GABRIELLE. — Le canal thoracique. Trévoux, 1925.
- GUREL. — Cancer du larynx chez une jeune fille de 18 ans. Ann. mal oreille, 1903.
- GÉRAUDEL. — Métastases cancéreuses par voie lymphatique rétrograde. Presse Médicale, 1910.
- HART und MATER. — Kelkopf. Luft röhre und Bronchien. Handbusch der speziellen. P. Band III. I.
- HAUTANT. — A propos de deux cas de cylindrome des fosses nasales et du voile du palais. Ann. maladies oreille, larynx, nez, pharynx, 1925.
- HENKE und LUBARSCH. — Atmungswere u. Lungen. Band III.
- HENLE. — Uber Syphonoma. Zeitschrift. f. rat. Med. 1845.

- HOVELACQUE. — Anatomie macroscopique des lymphatiques du poumon. *Biblio. anatomique*, 1912.
- HUGO BERGEAT. — Le sarcome du larynx et de la trachée. *Monatsch. f. Ohrenheit*. 1895, p. 320, 360, etc.
- HUGUENIN. — Le cancer primitif du poumon. Thèse, Paris, 1928.
- JOHSON. — In rapport du X^e congrès international d'otologie. Paris, 1922.
- JOVIN. — Les lympho épithéliomes du pharynx. *Ann. de Méd. de l'oreille*. Août, 1926.
- KAUFMANN. — *Lehrbuch der Speziellern Pathologischen Anatomie*, 1922.
- LABORDE S. — La curiothérapie des cancers. Paris, 1925. La radiosensibilité des tissus et ses rapports avec le traitement des cancers. *Presse Médicale*,
- LAPERSONNE (DE). — Cylindrome de l'orbite. *Archiv. d'optalmol.*, 1906.
- LECÈNE. — Précis de pathologie chirurgicale. Tome I, Paris, 1928.
- LEDoux. — Le cancer. Bruxelles, 1928, page 100.
- LEMAITRE. — Traitement du cancer du larynx. *Archiv. in termat. de laryngol.*, 1922.
- LEROUX. — A propos de l'histogenèse du cylindrome. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*. Paris, 1920.

LETULLE. — Cylindrome de la joue. Bull. Soc. Anat. Paris, 1911. Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1931. Le poumon. Paris, 1928.

LETULLE et DUCLOS. — Cylindrome de la paupière inf. Bull. Soc. Anat. 1923.

LETULLE et DACQUELIN. — Bull. Soc. Anat., 1920, page 128.

LUBLINSKI. — Uber des Kehlkopfskreb. Bert. med. Woch, 1886.

MACKENSIE. — Traité pratique des maladies du larynx.

MALASSEZ. — Sur le cylindrome. Arch. de Physiologie, 1883. Tumeur de la glande salivaire. Bull. Soc. Anat., 1913.

MARCHAND. — Ein Falk won Cylindrom des Kehlkorp, 1916. Med. Craz zu Leipzig, 25-1. Ref. Dtsch. Med. Wochensch, 1916, n° 22.

MASSON. — Diagnostic de laboratoire. Tumeurs. Paris, 1923.

MASSON et PEYRON. — A propos des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Bull. Assoc. Française pour l'étude du cancer, 1914-1918.

MAXXIMIO CORREJIA. — Le canal thoracique chez l'homme. Folia anatomica Universitatis Conimbrigensis. Vol. I.

MÉNÉTRIER. — Traité de médecine et thérapeutique. Le cancer. Paris, 1926.

- MOLINIE. — Les tumeurs malignes du larynx. Paris, 1907.
- MORITZ SCHMIDT. — Diagnostic du cancer laryngien. 13^e Congrès int. de méd. Soc. laryngol. Paris, 1900.
- MOST. — Die Topographie des Lymphgefässapparates des menschlichen Körpers u ihre Beziehungen zu den Infektionen wegen des Tuberculose. Pathologie et Pathologische Anatomie, 1908.
- MOURE. — Maladie du larynx, 2^e édition.
- OBERLING. — Cancers hétéromorphes et métaplasie épithéliale. Bull. Soc. Franç. pour l'étude du cancer, 1921.
- REGAUD. — X^e Congrès internat. d'otologie. Paris, 1922.
- RENAUD M. — Les cancers et leurs complications. Paris, 1927.
- RIBBERT. — Das Karzinom den Menschen. Bonn. 1911.
- ROUVIÈRE H. — Anatomie humaine descriptive et topographique. Paris, 1927.
- Lymphatiques du lobe inf. du poumon. Ann. d'anat. Path., 1928, p. 646.
- Les vaisseaux lymphatiques des poumons et les ganglions viscéraux intrathoraciques. Ann. d'anat. Pathol., 1929, n^o 2.
- ROUSSY. — Nouveau traité de médecine, 1931.
- SAINT-CLAIR. — X^e Congrès internat. d'otologie. Paris, 1922. Rapport.

SEBILEAU. — Id.

SANTIDE. — Malignant disease of the larynx. Baillière,
Tindal and Cox. 1905.

SCHWARTZ. — Des tumeurs malignes du larynx. Paris,
1886.

STEINHAUS. — Les tumeurs, leur morphologie et leur
biologie générale, 1921.

TAPIA. — X^e Congrès internat. d'ologie. Paris, 1922.
Rapport.

THIRET. — Contribution à l'étude des adénopathies
dans les maladies du larynx. Thèse de Paris, 1899.

VALAT A. — Considérations sur les cancers de la ban-
de et de la cavité ventriculaire du larynx. Thèse
de Paris, 1927.

WOLFF Jacob. — Die Lehre von der Krebs Krankheit,
1907.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris
